

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N^o
512

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Chaim CEGELNICKI

Interne à l'Asile départemental de Lafond

né le 12 Avril 1906 à VILNO (Pologne)

Considérations sur l'Étiologie
de la Psychose périodique

Président : Monsieur CLAUDE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1932

**CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE
DE LA PSYCHOSE PÉRIODIQUE**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932
—

THÈSE

N° _____
—

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Chaim CEGELNICKI

Interne à l'Asile départemental de Lafond

né le 12 Avril 1906 à VILNO (Pologne)

Considérations sur l'Étiologie
de la Psychose périodique

Président : Monsieur CLAUDE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1932

Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et Thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
 GREGOIRE.
 BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOIN.
 CLERC.
 LENORMANT.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie et thérapeutique et climatologie

LAVASTINE
 FIESSINGER.
 Maur. VILLARET.

Clinique médicale

{ CARNOT.
 { BEZANÇON.
 { ACHARD.
 { Marcel LABBE.
 { LEREBoullet.
 { NOBECOURT.
 { H. CLAUDE.
 { GOUGEROT.
 { GUILLAIN.
 { TEISSIER.

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

{ DELBET.
 { CUNEO.
 { LEJARS.
 { GOSSET.
 { TERRIEN.
 { LEGUEU.

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

{ COUVELAIRE.
 { BRINDEAU.
 { JEANNIN.

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Professeur sans chaire

{ J.-L. FAURE.
 { OMBREDANNE.
 { RATHERY.
 { LEMAITRE.
 { Pierre DUVAL.
 { Léon BERNARD.
 { SERGENT.
 { MAUCLAIRE.
 { MULON.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychi-
 trie.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULE Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-
 BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER ...	Pathologie médicale.
MAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE...	Anatomie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL ...	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri .	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTET, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphi- ligraphie.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) .	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
METZGER	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
*Professeur de Clinique des Maladies mentales
et des Maladies de l'Encéphale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter de présider cette
thèse et que nous remercions très
respectueusement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-VALENSI
Médecin des Hôpitaux de Paris

Nous le remercions bien sincère-
ment pour l'accueil sympathique et
pour les bienveillants conseils qu'il
nous a donnés.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS ET DES HÔPITAUX
DE NANCY ET DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES LERAT
Médecin-Chef de l'Asile Départemental de Lafond
Ancien Interne de l'Assistance Publique de Paris
Ancien Interne des Asiles de la Seine

Qui nous a inspiré ce travail, et
n'a cessé de nous témoigner sa bien-
veillance et son enseignement, en
témoignage de notre vive admira-
tion et de notre respectueux atta-
chement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON PELISSIER
Directeur Médecin-Chef de l'Asile Départemental
de Lafond
Ancien chargé des cours à l'Ecole de Médecine de Nantes

En témoignage de notre profonde
gratitude.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA PSYCHOSE PÉRIODIQUE

Introduction

Le rôle des constitutions en pathologie mentale a pris depuis un certain nombre d'années une place très importante, sinon prépondérante.

Par ce terme de constitution, on entend un ensemble d'attributs ou caractères communs qui sont, premièrement, l'expression d'une manière d'être originelle et fixe, deuxièmement, d'être des états particulièrement favorables au développement des syndromes mentaux ou des maladies mentales.

Parmi les constitutions psychopathiques qui ont été décrites, on distingue :

- 1) la constitution cyclothymique,
- 2) la constitution émotive,
- 3) la constitution mythomaniacale,
- 4) la constitution perverse,
- 5) la constitution paranoïaque,
- 6) la constitution schizoïde.

De tous ces états constitutionnels la variété cyclothymique est une de celles qui paraît la plus classique, la plus solidement établie et la plus communément admise. Une grande partie des auteurs modernes (pour ne pas dire la majorité) considèrent la psychose périodique ou maniaque-dépressive comme le grossissement ou l'exagération de la constitution cyclothymique, c'est-à-dire d'anomalie constitutionnelle caractérisée par des variations fréquentes et notables de l'humeur, sous l'influence de causes minimes ou même sans causes apparentes.

Si cette conception est bien exacte, la psychose périodique sort pour ainsi dire de la constitution cyclothymique comme le délire de revendication ou d'interprétation chronique sort de la constitution paranoïaque. Et la représentation symbolique de cette conception pourrait être ainsi exprimée : La constitution cyclothymique forme les racines d'un arbre dont le tronc et les branches sont les diverses variétés de la psychose périodique. Cette image nous fait bien saisir le rôle capital, dans l'éclosion de la psychose périodique, de la constitution cyclothymique.

En résumé, l'étiologie de la psychose périodique pourrait être ainsi définie, suivant la théorie la plus généralement adoptée :

- 1° Causes principales, innées : la constitution cyclothymique,
- 2° Causes secondaires : plus ou moins variées.

Nous nous réservons du reste d'analyser plus à fond ce que les auteurs classiques ont entendu sous ce nom de constitution cyclothymique et même de critiquer l'extension qu'ils en ont faite. En tout cas, à la fin de ces considérations préliminaires, il importe de bien délimiter notre champ d'étude de manière à dissiper toute équivoque. Nous nous en tiendrons strictement dans nos recherches à la question suivante : la psychose périodique se rencontre-t-elle, dans la majorité des cas, chez des sujets où l'entourage et le médecin ont discerné les traits caractéristiques de la constitution cyclothymique ? Nous rapporterons ensuite les observations résumées, prises dans le service du Docteur Lerat ainsi que dans le service du Docteur Péli-sier à l'Asile Départemental de Lafond et les conclusions auxquelles nous sommes arrivés.

Historique

Avant d'en venir à l'exposé de notre discussion de certaines théories classiques et de nos recherches étiologiques personnelles, il nous paraît nécessaire ou, tout au moins, très utile, de tracer un rapide historique des différents points de vue où l'on s'est successivement placé pour voir et délimiter la psychose périodique. Nous y trouverons, croyons-nous, des suggestions intéressantes au sujet de la question qui nous occupe.

Jusqu'en 1854, l'Ecole française admettait trois variétés de psychopathies : la manie, la mélancolie et la monomanie (délire partiel). En 1854, Baillarger et J.-P. Falret décrivent, le premier sous le nom de « Folie à double forme », le second sous le nom de « folie circulaire », une maladie distincte des précédentes.

Ensuite, se multiplient les descriptions des variétés de cette maladie : formes alternes, rémittentes, intermittentes, etc... Puis en 1890, Magnan réunit sous le nom de « Folie intermittente » tous les accès récidivants d'excitation ou de dépression, survenant sans

causes chez des sujets à prédisposition latente (c'est-à-dire chez des sujets jusque-là sains d'esprit, chez des sujets qui ne sont pas des « héréditaires dégénérés »). De plus, il admet la manie et la mélancolie dites simples, exceptionnellement récidivantes, survenant chez des individus indemnes de tares héréditaires. Enfin, il décrit encore une dépression mélancolique et une excitation maniaque prenant des caractères un peu particuliers du fait qu'elles se développent chez des « dégénérés ».

En 1882, Kahlbaum emploie, pour la première fois, le terme de cyclothymie pour distinguer un état qui n'est pas la folie, mais qui est voisin de la pathologie; ce n'est, dit-il, qu'un simple trouble de l'humeur, qui ne peut conduire à l'internement. Parallèlement à la cyclothymie s'établit, mais sur un tout autre plan, la vésanie circulaire qui, selon lui, peut tendre à l'affaiblissement psychique.

Kraepelin, en 1893, fait une distinction nette entre la manie et la mélancolie qui sont produites généralement, selon lui, par des causes extérieures, et les « folies périodiques », maladies constitutionnelles, juge-t-il, dues surtout à des causes internes. Mais, en 1899, il en arrive à considérer tous les accès de manie ou de mélancolie comme des manifestations syndromiques d'une même psychose, la « Folie maniaque dépressive ».

En 1898, Hecker englobe sans équivoque la psy-

chose maniaque-dépressive dans la cyclothymie. Pour lui, celle-ci est une « maladie circulaire de la sensibilité émotive ».

Willmans (1906) considère que la cyclothymie n'est qu'une forme très atténuée de la folie circulaire.

Deny et Camus, dans leur monographie de 1907, se rallient à la conception unitaire de Kraepelin que nous avons résumée plus haut, conception à laquelle Gilbert Ballet oppose un certain nombre d'objections; en effet, il signale « le caractère en quelque sorte fatal de l'accès de folie périodique, caractère qui ne se retrouve pas dans la manie ni dans la dépression mélancolique simples; chaque accès étant toujours, dans ces affections, conditionné par une cause extérieure »; « la folie périodique », dit-il encore, « est par excellence, une affection héréditaire ». Plus tard, il admit la légitimité de la synthèse de Kraepelin, avec cette réserve, toutefois, qu'il croyait à l'existence, dans certains ras, rares d'ailleurs, de « mélancolies essentielles ».

Jusqu'ici, comme nous l'avons vu, la cyclothymie est uniquement regardée comme une forme atténuée de la psychose maniaque dépressive. Mais Deny, en 1908, et son élève Pierre Kahn, en 1909, font entrer la cyclothymie « dans un groupe plus général de la déséquilibration émotive qui ne devient plus qu'une constitution psychique ». « Pour Deny, c'est l'humeur cyclique qui peut être mise en mouvement par n'im-

porte quelle sollicitation consciente. Le cyclothymique de Deny, sous l'influence d'un choc émotif, d'une offense, par exemple, réagira par une colère morbide qui pourra devenir l'accès maniaque. Elle constitue, en somme, un déséquilibre de la sensibilité morale qui, *occasionnellement*, se traduira par la manie ou la dépression ».

J. Tastevin, dans sa thèse sur l'asthéo-manie post-épileptique publiée en 1911, sépare nettement, au point de vue étiologique, premièrement les asthénomanies primitives (asthéo-manie suivant sa terminologie, étant l'équivalent de la psychose maniaque dépressive) qui « ne sont précédés d'aucune manifestation cliniquement observable et capable de les engendrer », des asthénomanies « secondaires », c'est-à-dire déterminées par des agents épuisants : douleurs physiques et émotionnelles, certaines infections, hémorragies, ictus apoplectiques, attaques d'épilepsie, etc...

Il importe de mentionner maintenant les recherches biologiques de certains auteurs, car elles permettront probablement, dans un avenir rapproché, de comprendre définitivement tout ce mécanisme complexe des psychoses périodiques. Tinel et Santenoise, dans une série de travaux, ont cherché à faire le « diagnostic biologique des états d'excitation ». A propos de la psychose périodique ils font remarquer que dans les paroxysmes maniaques, on peut déce-

ler l'existence d'un choc hémoclasique quelques heures avant ou au début de la crise. La leucopénie ou inversion de la formule leucocytaire coïncide avec l'augmentation brusque du tonus du système vague. Le choc hémoclasique explique la rapidité de l'apparition des phénomènes dépressifs. La sensibilité à ce choc est caractéristique de la constitution cyclothymique.

Enfin, des travaux de Claude et de ses élèves, on doit retenir qu'il y a un système autonome de la fonction émotionnelle, c'est-à-dire des centres neuro-végétatifs, annexés au système vago-sympathique, « ayant pour rôle de lui transmettre l'ébranlement que subit le psychique sous le choc de l'émotion, ayant pour rôle aussi en sens inverse d'avertir le psychisme des perturbations organiques qui pourraient être un danger pour l'individu ».

Au congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, tenu en 1931, Roger Anglade présente un rapport intitulé : les Psychoses périodiques tardives; l'auteur y donne, selon nous, une extension peut-être large au sens attribué généralement à ce terme de psychose-périodique; mais, sans conclure avec certitude, il admet que bien des psychoses périodiques tardives sont « situées sur les frontières du vésanique et de l'organique », point de vue qui diffère, évidemment, du point de vue exclusif de la psychose constitutionnelle.

Après cet aperçu de l'histoire de la psychose périodique et de la constitution cyclothymique, où nous n'avons mis en relief que les principaux points de repère, si nous voulions résumer l'opinion de la majorité, l'opinion classique, en ce qui concerne l'étiologie de la psychose maniaque-dépressive, nous ne pourrions mieux faire que reproduire la page suivante de Delmas (dans la *Pratique psychiatrique* de Laignel-Lavastine); d'abord, parce qu'elle est très claire et très précise; ensuite, parce que Delmas est un des adeptes de cette constitution cyclothymique, et qu'avec Marcel Boll, dans des ouvrages et travaux remarquables, dont Maurice de Fleury, principalement, a reconnu l'importance à plusieurs reprises, il a exposé une classification très séduisante des psychoses où la puissance étiologique, si l'on peut dire, des diverses constitutions, est mise en pleine lumière. « La psychose périodique est avant tout une affection héréditaire. Le rôle de l'hérédité a été admis par tous les auteurs, depuis Falret et Morel. Magnan s'efforce de doser en quelque sorte le facteur étiologique de l'hérédité. Il considérerait la manie et la mélancolie essentielles comme des maladies de cerveaux valides ou à prédisposition minime; la folie intermittente comme une maladie survenant chez des prédisposés certains, mais à prédisposition latente jusqu'au premier accès; la manie et la mélancolie dégénératives, enfin, comme une des formes de la dégénérescence mentale. En

réalité, Gilbert Ballet ne croit pas que l'on puisse ainsi « doser » l'hérédité, et le fait essentiel de la psychose périodique, c'est qu'elle est héréditaire et que cette hérédité est souvent similaire. On peut ajouter, toutefois, que l'hérédité crée chez l'individu qui doit être atteint de psychose périodique une constitution morbide spéciale : la constitution cyclothymique. Le cyclothymique est un sujet chez qui le rythme de l'humeur passe de dépression à l'excitation ou inversement, de façon plus ou moins régulière sous l'influence vraisemblable des modifications cénesthésiques dont le mécanisme nous est jusqu'ici inconnu. Il est habituel, en effet, de rencontrer dans le passé des périodiques et souvent de façon précoce des accès frustes, dont les accès francs ultérieurs ne sont que l'exagération manifeste. Plus les accès sont fréquents dans la vie d'un périodique, plus précoce dans son apparition et plus marquée dans ses manifestations se révèle la constitution cyclothymique ».

Essai critique

Ainsi, d'après l'auteur que nous venons de citer, on voit que l'étiologie de la psychose périodique se réduit à une forme assez simple : ce n'est pas une maladie acquise, accidentelle, c'est une psychose héréditaire, en ce sens que l'action des tares héréditaires a créé une constitution dite cyclothymique, sur laquelle se développent des accès véritables de manie et de dépression. Mais nous sera-t-il permis de nous demander comment certains cliniciens, Magnan en particulier, si portés cependant à découvrir et à reconnaître fréquemment des « dégénérés » ou des « prédisposés », ont pu être accusés, à propos de la « folie intermittente », de « doser » l'hérédité? Puisque Magnan admet d'assez nombreux cas où la psychose se développe chez des sujets à prédisposition latente ou sans prédisposition et d'autres où elle apparaît chez des « dégénérés » à tares héréditaires, c'est que les anomalies ou les oscillations constitutionnelles de l'humeur ne lui ont pas paru évidentes chez un nombre assez considérable d'individus. Ici, il n'est pas inutile de préciser ce que Magnan entendait essen-

tiellement par le terme de « dégénérés » ; ce mot servait à désigner, chez des sujets à hérédité morbide, des troubles constitutionnels caractérisés, d'une part, par des stigmates physiques « de dégénérescence », d'autre part, par des anomalies de l'émotivité s'exprimant par du « déséquilibre mental », par des variations émotives, bref par des oscillations thymiques, que, selon nous, on peut ramener à celles de la constitution dite émotive et assez difficiles à différencier cliniquement, au premier abord, de la constitution cyclothymique, c'est du moins notre avis.

En effet, mettons en parallèle ce que l'on décrit comme caractéristique et fondamental de la constitution cyclothymique, de la constitution émotive, de la « dégénérescence mentale ». A propos de la première, Delmas écrit ceci : « La constitution cyclothymique (de *χυλος*, cercle, et *θυμος*, humeur), se caractérise par l'instabilité de l'humeur qui est, par périodes irrégulières, tantôt d'une gaieté excessive, tantôt d'une tristesse exagérée, et cela, sous l'influence de causes minimales ou même sans causes. Quand il y a une prédominance très marquée d'un des deux états entre lesquels ils oscillent, on a affaire soit à des excités constitutionnels, soit à des déprimés constitutionnels... C'est sur le terrain de la cyclothymie qu'apparaissent les manifestations de la psychose périodique, qui ne sont que l'exagération pathologique manifeste des tendances constitutionnelles ».

Dupré définissait ainsi la constitution émotive : « un mode de déséquilibre caractérisé à la fois par l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice réflexe et volontaire, en vertu duquel l'organisme présente aux changements qui sollicitent sa sensibilité, des réactions anormales par leur vivacité, leur extension et leur durée et se montre ainsi plus ou moins incapable de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux ». « Autrement dit, ajoute Delmas, les sujets doués de la constitution émotive réagissent d'une façon particulièrement vive aux émotions et dépassent, dans leurs réactions, les effets utiles de l'ébranlement psychique ».

Quant à la « dégénérescence mentale » ou « déséquilibre mental », Rogues de Fursac précise que « le déséquilibre affectif se traduit par l'*hyperémotivité*, la *mobilité externe des sentiments* et le *manque de mesure dans leurs manifestations extérieures*. Le sujet passe alternativement, sous l'influence des causes les plus futiles, d'une joie exubérante à une désolation sans limites, d'une activité dévorante à un abattement profond », etc...

Nous le répétons, si nous ne tenons compte que de ces seuls textes, que voyons-nous? D'abord le cyclothymique qui est, « tantôt d'une gaiété excessive, tantôt d'une tristesse exagérée, sous l'influence de causes minimales ». En quoi donc, vraiment, se différencie-

t-il, spécifiquement, du « dégénéré » ou « déséquilibré » qui « passe alternativement, sous l'influence des causes les plus futiles, d'une joie exubérante à une désolation sans limites », et en quoi tous deux se classent-ils nettement à part de l'émotif qui « réagit d'une manière particulièrement vive aux émotions? » Ne serait-il pas juste de dire que les descriptions précédentes paraissent signifier que les individus qualifiés, soit de cyclothymiques, soit d'hyperémotifs ou de « déséquilibrés » ont des modifications de leur émotivité anormales en ce sens qu'ils ont des réactions émotives en disproportion évidente, relativement aux individus normaux, avec les causes de ces émotions? A vrai dire, et on voudra bien nous excuser de cette petite digression, la plupart des auteurs qui parlent de constitution émotive semblent considérer que les sujets hyperémotifs sont principalement sous l'influence de sentiments d'inquiétude, d'anxiété, de scrupule, de doute, bref de symptômes que, d'autre part, on attribue également à la constitution « obsessive » ou « psychasthénique » qui, par conséquent, serait assez superflue. Il y a bien dans tout cela quelque chose de vague et quelque incertitude, et on peut se demander, parfois, si, leurs caractères étant bien révisés, certaines constitutions ne devraient pas être rayées de l'existence.

En tout cas, nous croyons pouvoir affirmer que dans nombre de descriptions, les distinctions entre

les manifestations de la constitution cyclothymique et celles de la constitution émotive (ou hyperémotive) sont indiscernables et, fréquemment, nous avons eu l'impression que l'on traitait de cyclothymiques des sujets qu'on pourrait désigner avec plus de justesse sous le nom d'hyperémotifs. Pour prendre un exemple, de Musset n'a-t-il pas été décrit comme un cyclothymique, alors que, selon nous, la constitution hyperémotive se dessine chez lui avec la plus grande netteté? Mais, dira-t-on, ne peut-on hériter en même temps de deux constitutions : l'hyperémotive et la cyclothymique? sans doute, ceci est admis, comme en témoignent les lignes suivantes de Maurice de Fleury : « Nous avons déjà vu que, lorsque le sujet est, en même temps que cyclothymique, constitutionnellement hyperémotif, sa mélancolie revêt le caractère d'anxiété. »

Mais, encore une fois, peut-on dire qu'il y ait, d'après les descriptions ou définitions habituelles, un critérium précis permettant de distinguer les manifestations hyperémotives des manifestations cyclothymiques? Non, puisque « Deny fait rentrer la cyclothymie dans un groupe plus général de la déséquilibration émotive ». D'autre part, constatons ce double fait curieux : Rogues de Fursac (Manuel de Psychiatrie), tout en admettant que la cyclothymie et la folie circulaire sont très voisines par leurs manifestations cliniques, croit, cependant, qu'elles diffè-

rent par leur caractère originel, la folie circulaire étant « habituellement une psychose acquise. Mais, dans la « Psychopathie constitutionnelle » ou « dégénérescence mentale » ou « déséquilibration psychique », il fait entrer la cyclothymie, et, en le faisant, il démontre ce que nous disions tout à l'heure : si l'on admet que constitution émotive et déséquilibre psychique sont deux synonymes, deux constitutions, la cyclothymique et l'émotive se sont fondues en une seule. Quel sera le terme qui primera pour désigner le résultat de cette transformation? Un dernier exemple : Dans leur ouvrage : « L'hérédo-syphilis mentale », Drouet et Hamel écrivent « La constitution cyclothymique doit être considérée comme un trouble intermittent du caractère, c'est-à-dire une altération affective ». Or, l'émotivité ne fait-elle pas partie de l'affectivité? Cette indétermination, cette imprécision (qui tiennent sans doute à la nature des choses, trop difficiles, trop fuyantes) ne font-elles pas saillie, pour le dire en passant, dans la dénomination même de la cyclothymie? Si *θυμος* est aussi bien synonyme d'émotion que de l'humeur, les termes de constitution cyclothymique eussent aussi bien convenu, en effet, à résumer les caractères de la constitution hyperémotive. Et les mots de constitution cyclothénique eussent spécifié avec plus de rigueur et de clarté ce qui constitue l'essentiel de ce qu'on entend par constitution cyclothymique, à savoir une manifestation atténuée de la psychose périodique.

En effet, qu'y a-t-il de fondamental dans la psychose périodique ou maniaque-dépressive? Ce sont, et nous croyons que J. Tastevin l'a démontré, des accès d'hypersthénie ou d'asthénie (ou encore, si l'on veut, d'hyposthénie). Or l'hypersthénie est un excès d'énergie nerveuse qui détermine un excès d'activité et l'asthénie est l'état inverse. Qu'au cours de ces états, il y ait place pour des émotions diverses, spécialement chez le maniaque (qui passera avec la plus grande facilité de la joie à l'attendrissement, à la colère), cela est incontestable, mais ce qui est primitif, fondamental, spécifique, ce sont les modifications en plus ou en moins de la force nerveuse, de l'activité. Certains cas, dans leur nudité, en sont particulièrement démonstratifs. Nous avons vu et suivi une périodique, qui, dans certaines de ses phases dépressives, n'est uniquement qu'une déprimée, qu'une asthénique, qui n'est pas triste, qui n'est pas anxieuse, et qui le confirme très nettement, soit pendant ses accès, soit après.

Qu'il y ait une constitution qui, dans le sens que nous venons de préciser, soit à la psychose périodique ce qu'est pour ainsi dire le nain par rapport à un géant, cette conception a, de prime abord, quelque chose de très logique. Gilbert Ballet, dans une leçon sur La mélancolie intermittente, disait : « Le monde est plein de circulaires qu'on tient pour de simples lunatiques parce qu'on les trouve tantôt plus

indifférents aux choses du monde et plus tristes qu'il ne convient, tantôt plus exubérants et plus entreprenants que de raison. Je me suis demandé si la circularité n'était pas une loi du fonctionnement de notre système nerveux, si nous n'étions pas tous, à quelque degré, des circulaires ». A l'état normal, en effet, l'énergie nerveuse, chez chacun de nous, a quelques oscillations, quand, par exemple, par fonctionnement accentué et énergique des glandes endocrines, cette énergie nerveuse, sans dépasser cependant les limites conventionnelles de la normalité, atteint ses degrés élevés, nous éprouvons alors une sensation de force accrue et aisée, qui contraste avec les sensations d'autres moments de notre vie. D'autre part, enfin, « l'excité constitutionnel » et le « déprimé constitutionnel » nous semblent avoir une existence incontestable, mais dans le sens suivant : le premier nous paraît faire partie du groupe des « tempéraments sanguins », des anciens auteurs, des « phlétoriques » ou prédisposés à l'hypertension de maintenant, pleins de force, d'activité, d'entrain, jusqu'aux accidents ou menaces de l'automne de la vie. Quant au « déprimé constitutionnel » c'est, selon nous, l'individu dont les glandes endocrines, les surrénales, principalement, sont constitutionnellement insuffisantes, c'est, si l'on veut, « l'hypotendu idiopathique » de Lian, toujours plus ou moins diminué ou défaillant, dans son activité.

Nous croyons, comme Albert Deschamps, que, chez

cet asthénique constitutionnel, il y a « aphorie ou impossibilité de l'entraînement » et puisqu'il est constamment au-dessous des possibilités de travail de l'homme moyen, chez lui « chaque effort exagéré se paie par une crise aiguë » et ainsi, passant par périodes plus ou moins fréquentes d'un état d'asthénie réelle, mais modérée ou faible, à une asthénie marquée, on peut penser, en le considérant, à des formes atténuées de la psychose maniaque-dépressive. Cette impression, à vrai dire, n'est pas justifiée en ce sens qu'ici, les oscillations ne se font pas entre l'hypersthénie ou l'hyposthénie, c'est-à-dire entre un état déjà au-dessus et au-dessous de la normale, mais entre un état déjà au-dessous de la normale et entre d'autres états qui sont encore beaucoup plus bas.

En tout cas, en dehors de ces deux types : excité constitutionnel et déprimé constitutionnel, existe-t-il des faits dont on puisse dire ce qu'en affirme Rogues de Fursac: « Les états mélancoliques et maniaques constitutionnels peuvent se succéder chez le même sujet avec une régularité plus ou moins parfaite, constituant la cyclothymie ? ». Que l'on puisse parler de régularité plus ou moins parfaite d'états inverses de l'activité, dans la cyclothymie, ne nous semble, guère, donner un appui à la conception qui assimile cette cyclothymie à la psychose périodique.

Comme le dit E. Gelma dans son travail (Psychose périodique et Délinquance à répétition: « Et si, com-

me la température, le taux urinaire, les mouvements respiratoires, cardiaques, etc... le monde de la psychicité est soumis à des alternatives dont l'exaltation serait la cyclothymie, elle-même un diminutif de la psychose maniaque-dépressive, on ne s'explique plus l'irrégularité des accès maniaques et mélancoliques, qui, loin de subir le rythme lunaire ou cataménial, surviennent, dans la majorité des cas, en dehors de toute prévision... »

Nous ne sommes pas qualifié pour prononcer l'invalidation de la constitution cyclothymique, mais nous dirons toutefois qu'il n'est pas aisé de trouver un critérium permettant de bien distinguer les faits symptomatiques qui en dépendent de ceux qui appartiennent au déséquilibre psychique (dégénérescence mentale). Si, malgré les grandes analogies souvent constatées entre de vrais accès de la folie périodique et, par exemple, des accès d'excitation à allure maniaque, très communs chez les déséquilibrés, la différenciation est, en général, assez facile, comment se fait-elle surtout ?

Sans doute, il y a quelques symptômes distincts : « l'agitation, dit Gelma, qui peut revêtir la symptomatologie de la manie, ne s'accompagne généralement pas d'insomnie; variable dans sa marche, elle se termine fréquemment sous l'influence d'un changement dans les conditions où se trouve le sujet, d'une modification des événements qui ont donné lieu à l'accès

de fureur... » Mais, c'est principalement l'origine qui est différente. Alors que les accès maniaques-dépresseurs apparaissent le plus habituellement en dehors de toute prévision, chez les déséquilibrés, les réactions coléreuses ou tristes ont, par contre, un point de départ précis, émotionnel le plus souvent (déception, vexation, choc émotionnel). C'est sur cette habituelle différence étiologique que doit reposer toute possibilité de séparation nette entre ces deux états : constitution cyclothymique et déséquilibre psychique (constitution émotive), dans les examens rétrospectifs.

En effet, si chez le cyclothymique et chez le déséquilibré, il y a des périodes d'excitation et de dépression plus ou moins marquées et de formes à peu près identiques, nous dirons que chez le premier, ces manifestations sont dues à des causes internes, organiques, inconscientes (cénesthésiques) et que chez le second elles sont dues à des causes externes, principalement à des émotions (complexes idéo-affectifs) très habituellement nées du contact social : exaltation et hyperactivité appartenant à la joie motivée, par exemple, ou dépression due au chagrin, etc... Ajoutons, encore, pour plus de précision : dans le premier cas, modifications en apparence spontanées de l'activité, dans le second cas, modifications secondaires de l'activité, car c'est un fait banal que certaines émotions soient « sthénogènes » et que certai-

nes autres soient déprimantes, quelquefois au plus haut point.

Enfin, si, presque toujours, les accès d'excitation et de dépression des déséquilibrés ont une durée beaucoup plus brève que ceux de la psychose périodique, il y a la plus grande probabilité pour qu'il en soit de même, toutes proportions gardées, par rapport à la cyclothymie.

Après cette énumération des difficultés et des complexités que recèle la question que nous avons discutée jusqu'ici, on avouera que, quand il s'agit de constituer des statistiques à ce sujet et de juger les renseignements qui sont donnés par les familles des malades sur les faits antérieurs, on soit dans une situation pleine d'embûches. Suffit-il, pour dire qu'il y a constitution cyclothymique, de rencontrer dans le passé des malades atteints de psychose périodique, des accès frustes d'excitation et de dépression? Non, et pour deux raisons : 1° parce que ces accès peuvent être sous la dépendance nette de causes émotives (déséquilibre); 2° parce que les accès peuvent encore être la manifestation de la maladie déclarée, authentique, c'est-à-dire la psychose périodique, et non des traits constitutionnels.

Selon nous, pour affirmer qu'il y a constitution cyclothymique, il faut qu'il y ait des périodes d'excitation et de dépression d'une certaine durée, non motivées par la colère, le chagrin, l'anxiété, etc..., et de plus, survenant très tôt dans la vie de l'individu.

Or, si, au risque de nous répéter, nous restons pénétrés des difficultés dues aux choses elles-mêmes, à l'insuffisance d'observation et d'analyse psychologique de bien des gens, les parents savent en général reconnaître, chez leurs enfants, ces modifications de l'activité dues à des causes émotives qui, souvent, dépendent d'eux-mêmes, de telle parole dite, de telle réprimande faite, de telle récompense ou de tel espoir donnés, etc... De plus, beaucoup de malades atteints de psychose périodique, quand ils reviennent à l'état normal, ou à un état quasi normal, peuvent donner sur ce point des renseignements dont la difficulté d'interprétation est aussi grande, sans doute, mais dont la confrontation, avec les précédents, réduit, autant qu'il est possible, en la circonstance, les chances d'erreur.

Observations

Nous avons groupé 24 observations dont nous avons résumé toute la partie clinique. Mais nous n'avons pas trouvé dans aucun de ces cas les caractères de la constitution cyclothymique.

OBSERVATION I

Placement n° 2.693. Mlle D..., âgée de 42 ans, est entrée à l'asile le 11 mai 1910.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : enfant arriérée à été à l'école mais n'a jamais pu apprendre à lire et à écrire.

Etat à l'entrée et évolution : Etat d'excitation psychomotrice caractérisé par de l'agitation, gesticulation, délire incohérent, cris, chants, se déshabille, insomnie. Ces symptômes sont intermittents et alternant avec des périodes de dépression. Plusieurs accès semblables ont été notés depuis son entrée.

OBSERVATION II

Placement n° 3.557. Mme D..., née le 27 janvier 1865; entrée à l'asile le 16 décembre 1922. Troisième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier placement en 1917. Deuxième placement en 1921. Comportement normal jusqu'au premier internement. Trois enfants.

Etat à l'entrée et évolution : Est atteinte d'excitation maniaque avec agitation, euphorie, loquacité, chants, idées délirantes non systématisées de persécution. Insomnie. Cette période d'excitation a été précédée d'une courte phase de dépression. Depuis son entrée, elle a présenté plusieurs périodes d'excitation suivies de périodes calmes, parfois légère dépression.

OBSERVATION III

Placement n° 4.291. Mme D..., née le 8 juin 1896, est entrée à l'asile le 28 décembre 1930; quatrième internement.

A. H. : Mère aliénée, internée en 1908.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier séjour de 6 mois en 1917 pour une crise d'excitation maniaque; le deuxième séjour, de 7 mois et demi en 1923 pour une crise dépressive. Troisième séjour, d'un an en 1928, pour une crise d'excitation.

Etat à l'entrée et évolution : Euphorie, agitation très marquée; cris, chants, réactions violentes, fuite des idées, loquacité, insomnie. Alternance avec des périodes de dépression.

OBSERVATION IV

Placement n° 4.377. Mlle D., 31 ans, est entrée à l'asile le 17 février 1932. Cinquième internement.

A. H. : parents bien portants.

A. C. : deux frères bien portants.

A. P. et H. M. : Premier séjour de 20 jours en 1925. Deuxième séjour de quatre mois et demi en 1928-29. Troisième séjour de trois mois environ en 1929-30. Quatrième placement de sept mois en 1931, pour des accès maniaques.

Etat à l'entrée et évolution : Etat d'excitation maniaque, caractérisé par une euphorie non motivé, chante, rit, logorrhée, fuite des idées avec associations par assonance, hypermnésie, propos grossiers. Insomnie. Cet état est bientôt suivi d'une période de légère dépression. Plusieurs crises d'excitation, moins intenses, ont été notées. Malade calme actuellement, travaille.

OBSERVATION V

Placement n° 4.383. Mlle H., 46 ans, est entrée à l'asile le 17 mars 1932. Quatrième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier placement de quatre mois en

1927 ; deuxième placement de trois mois environ en 1929; troisième internement de trois mois en 1931. Ces internements ont été faits pour des crises d'excitation maniaque.

Etat à l'entrée et évolution : Malade atteinte d'excitation maniaque, agitation très marquée, euphorie morbide, loquacité, cris, chants, rires incessants, propos obscènes, réactions violentes, insomnie. Cet état s'atténue peu à peu. Après une période de légère dépression, retour à l'état normal.

OBSERVATION VI

Placement n° 4.342. Mlle P..., âgée de 53 ans, est entrée à l'asile le 2 août 1931. Deuxième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier séjour de 9 mois en 1926-27, pour une crise d'excitation maniaque. Paraît avoir eu trois périodes d'excitation, de très courte durée, ne nécessitant pas son internement. La première période date de 1923. Elle aurait été précédée immédiatement d'un grand surmenage.

Etat à l'entrée et évolution : Etat d'excitation maniaque, se traduisant par une agitation intense, une euphorie et un optimisme excessif, loquacité exagérée, chants, danses. Après une courte période de calme relatif, a fait au mois de janvier, une crise d'agitation extrême avec confusion mentale. Depuis un mois environ la malade a fini sa crise d'excitation et traverse une période où elle est très calme et très lucide.

OBSERVATION VII

Placement n° 4.371. Mlle D..., née le 8 octobre 1912, est entrée à l'asile le 26 janvier 1932.

A. H. : parents normaux. Père mort à la guerre.

A. C. : une sœur bien portante.

A. P. et H. M. : Enfance et adolescence normales. Grand surmenage occasionné par la préparation d'un examen avec abus des toniques (Kola, café, etc...) qui est suivi de quelques légères crises d'excitation.

Etat à l'entrée et évolution : Etat d'exaltation prononcée, attitudes théâtrales, fuite des idées, rires, chants. Insomnie. Variabilité émotionnelle, attendrissement, sanglots; au cours de son séjour a présenté quelques crises d'excitation et de légère dépression. La malade est sortie le 30 mars, très améliorée.

Internement peu de temps après pour les mêmes motifs.

OBSERVATION VIII

Placement n° 4.362. Mme B..., âgée de 52 ans, est entrée à l'asile le 7 décembre 1931.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Bien portante jusqu'à la crise qui l'amène à l'asile. Choc émotionnel grave qui provoque un état dépressif avec idées de suicide, tentative de pendaison.

Etat à l'entrée et évolution : A son entrée présente un

état d'excitation vive, avec impulsivité marquée, insomnie, gaie, rit, besoin de chanter, puis à intervalles irréguliers est anxieuse et interprétente. Pendant son séjour, plusieurs crises d'excitation suivies de périodes de dépression. Sort améliorée (25 février 1932).

OBSERVATION IX

Placement n° 4.351. Mlle L..., âgée de 26 ans est entrée à l'asile le 19 octobre 1931; deuxième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier placement de six mois en 1926-27 pour une crise d'excitation maniaque. Caractère très émotif. Grande impressionnabilité. Jamais aucune période antérieure où des troubles dépressifs ou d'excitation aient été observés. Pas d'interruption ou de diminution de l'activité. Depuis la puberté, menstruation insuffisante et irrégulière.

Trois mois avant l'internement, chagrin assez prononcé dû à une déception d'amour.

Etat à l'entrée et évolution : Présente à l'entrée des signes d'excitation maniaque, agitation motrice, euphorie, logorrhée, fuite des idées, associations des idées par assonances, propos grossiers, insomnie, gâtisme. Au bout de quelques mois disparition complète de l'état d'excitation, laissant place à une légère dépression. Mêmes symptômes pendant son premier séjour à l'asile. La malade présente toute une série des signes qui nous font supposer qu'il s'agit d'une hérédosyphilitique (Strabisme interne, acrocyanose, dentition irrégulière, microdentisme et séparation de deux incisives supérieures, etc...). Une

réaction de Bordet-Wassermann pratiquée en 1926 est positive. Traitement par l'acétylarsan. Amélioration nette qui permet la sortie de la malade complètement rétablie. Réaction de B. W. pratiquée le 25 janvier 1932 est négative.

OBSERVATION X

Placement n° 4.268. Mlle G., née le 8 août 1909, est entrée à l'asile le 30 août 1930, troisième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier internement de deux mois en 1927 pour une crise d'excitation maniaque. Deuxième internement du 28 mars 1929 au 11 mars 1930 pour une crise de dépression.

Etat à l'entrée et évolution : Malade légèrement déprimée. Cet état est consécutif à une période d'excitation maniaque caractérisée par de l'agitation; besoin de mouvement, euphorie, loquacité, rires, etc... Au bout de quelques jours la malade se calme. A présenté au cours de ses séjours à l'asile plusieurs crises semblables, intercalées avec des périodes de calme absolu ou des périodes de calme avec légère dépression. Sortie améliorée le 10 décembre 1931.

OBSERVATION XI

Placement n° 4.350. Mlle G..., âgée de 24 ans est entrée à l'asile le 11 octobre 1931; deuxième internement.

A. H. : Père et mère bien portants.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier séjour de 8 ans pour psychose périodique.

Etat à l'entrée et évolution : Etat d'excitation maniaque caractérisé par de l'agitation, besoin de mouvement, réactions violentes, logorrhée; cet état, d'une durée assez courte est bientôt suivi d'une période de dépression où la malade est triste, anxieuse, a des idées de culpabilité, d'auto-accusation (s'accuse d'avoir volé), d'idées d'indignité. C'est pour un accès analogue que la malade a été hospitalisée la première fois. Au cours de son séjour précédent, la malade a présenté plusieurs crises analogues d'excitation et de dépression. Dans les intervalles, malade très lucide et calme, travaillant avec beaucoup de régularité.

OBSERVATION XII

Placement n° 4.191. Mme S..., âgée de 38 ans, est entrée à l'asile le 5 octobre 1929. Deuxième placement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier séjour de deux mois en 1927 pour un accès de dépression, jusque-là comportement normal.

Etat à l'entrée et évolution : Excitation psycho-motrice légère. Euphorie, fuite des idées, incohérence de propos. Périodes d'agitation très marquées avec cris, attitudes érotiques, chants, réactions violentes, impulsivité, propos grossiers et obscènes. A ces crises succèdent des périodes de dépression caractérisées par de l'asthénie,

de l'anorexie, de la tristesse, etc..., etc..., idées de persécution non systématisées et assez mobiles.

La malade est maintenant à la fin d'une crise d'excitation très marquée.

OBSERVATION XIII

Placement n° 4.368. Mme C..., âgée de 32 ans, est entrée à l'asile le 1^{er} janvier 1932. Deuxième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier placement d'un mois en 1918, pour une crise d'excitation maniaque.

Etat à l'entrée et évolution : Excitation maniaque, malade très agitée, impulsive, gaie, rit, chante, parle abondamment, injurie, propos grossiers à base érotique. Par moments pleure. Vagues idées de persécution. Insomnie. Une légère amélioration s'ensuit, mais est suivie presque aussitôt d'une période d'excitation très marquée qui se prolonge encore actuellement.

OBSERVATION XIV

Placement n° 4.396. Mme E..., 51 ans, est entrée à l'asile le 28 avril 1932. Cinquième placement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Comportement normal jusqu'à son premier internement, en 1922, d'une durée de six mois

pour un accès dépressif prononcé. Deuxième séjour de quatre mois en 1927 pour un accès semblable; troisième placement de trois mois en 1929 pour la même cause; quatrième placement en 1931 pendant neuf mois pour un accès identique.

Etat à l'entrée et évolution : Etat dépressif très marqué, immobilité, demi-mutisme, indifférence apparente. A présenté antérieurement plusieurs accès semblables, dont quelques-uns ont été compliqué d'idées de ruine, d'auto-accusation, d'indignité. La malade commence à aller mieux.

OBSERVATION XV

Placement n° 4.384. Mme Ch..., 56 ans, est entrée à l'asile le 19 mars 1932. Septième internement.

A. H. : Mère aliénée.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier internement de six mois en 1902 pour un accès d'excitation psycho-motrice. Deuxième séjour de 4 mois et demi en 1907 pour un accès identique. Troisième séjour de neuf mois et demi en 1914 pour la même cause. Quatrième séjour de trois ans de 1917 à 1920; cinquième séjour de vingt mois de 1923 à 1925; sixième placement de deux ans et trois mois de 1926-1929, pour des accès identiques.

Etat à l'entrée et évolution : Symptômes d'excitation maniaque, agitation, euphorie, rires, fuite des idées, incohérence, propos grossiers et obscènes, réactions violentes et impulsives. Parfois quelques hallucinations de l'ouïe et des illusions de la vue. Les accès précédents avaient les mêmes caractères. Malade encore agitée.

OBSERVATION XVI

Placement n° 3.697. M. R..., 45 ans, est entré à l'asile le 14 mai 1917. Deuxième placement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : premier placement de sept mois en 1913, pour un état d'excitation psycho-motrice.

Etat à l'entrée et évolution : Etat d'excitation maniaque très prononcée, fuite des idées, loquacité, quelques idées de grandeur, hallucinations auditives. Plusieurs accès identiques ont été notés au cours de son séjour à l'asile. Certains d'entre eux ont été suivis d'une phase de dépression marquée avec confusion et fausses reconnaissance.

OBSERVATION XVII

Placement n° 4.715. M. F..., âgé de 30 ans, est entré à l'asile le 8 juillet 1930. Troisième placement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier internement d'un an environ en 1923-24 pour un accès d'excitation maniaque. Deuxième séjour de trois mois en 1928-29 pour un accès dépressif : chancre syphilitique en 1920, traité dans le service de vénéréologie de la marine à Toulon.

Etat à l'entrée et évolution : Etat dépressif très marqué, immobilité, mutisme, ralentissement des processus psychiques, indifférence apparente. Sortie par amélioration le 16 avril 1931.

OBSERVATION XVIII

Placement n° 3.477. M. B..., né en 1870, est entré à l'asile le 22 avril 1914. Troisième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : premier séjour de deux mois et demi en 1893; deuxième séjour de sept mois en 1911 pour des accès d'excitation.

Etat à l'entrée et évolution : Etat de dépression, immobilité, indifférence apparente, tristesse, **lenteur d'idéation**, refus d'aliments. A cet état se succèdent des périodes d'excitation maniaque, au cours desquelles le malade est agité, violent, impulsif; loquacité, fuite des idées, incohérences, alternances régulières d'états d'excitation et d'états de dépression compliqués d'un peu de confusion mentale, d'idées de persécution. Les périodes lucides sont courtes et durent 8 à 15 jours environ.

OBSERVATION XIX

Placement n° 4.761. M. R..., âgé de 29 ans, est entré à l'asile le 3 février 1931. Troisième internement.

A. H. : Mère aliénée, psychose périodique.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : premier séjour de 6 mois environ en 1923-24 pour un accès d'excitation maniaque. Deuxième séjour de 10 mois en 1925-26 pour un accès semblable.

Etat à l'entrée et évolution : Phase d'excitation, mala-

de très irritable, fausses reconnaissances, délire diffus à base d'idées d'influence, et hallucinations de divers ordres, besoin de mouvement, nuits parfois très agitées. Plusieurs rémissions. Excité actuellement.

OBSERVATION XX

Placement n° 4.584. M. G..., âgé de 62 ans, est entré à l'asile le 10 novembre 1928; septième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier internement de 9 mois en 1900-01 pour un accès d'excitation. Deuxième internement en 1911, de 6 mois pour un accès identique. Troisième placement de deux mois en 1912, pour un accès d'excitation compliqué d'une légère confusion mentale. Quatrième séjour de deux mois en 1918 pour un « accès maniaque avec quelques idées de persécution ». Cinquième internement de quatorze mois en 1918-19 et sixième internement d'un mois pour des accès d'excitation maniaque.

Etat à l'entrée et évolution : Période d'excitation maniaque avec vagues idées de satisfaction personnelle, euphorie, humeur gaie, expansivité, loquacité intarissable, saillies; des accès semblables ont été notés au cours de ses séjours précédents à l'asile, accès accompagnés parfois d'agitations très marquées. (Mort le 17 mai 1931, urémie).

OBSERVATION XXI

Placement n° 3.303. M. G..., âgé de 27 ans, est entré à l'asile le 19 février 1912. Troisième internement.

A. H. : 0.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier internement de deux mois en 1909 pour un accès d'excitation maniaque ; deuxième séjour de sept mois en 1911 pour un accès identique.

Etat à l'entrée et évolution : Malade amené à l'hôpital après une tentative d'auto-mutilation. Etat d'excitation psycho-motrice, agitation, besoin de mouvement, cris, chants, fuite des idées. Depuis son entrée, plusieurs crises semblables se sont succédées. Malade calme actuellement.

OBSERVATION XXII

Placement 3.833. M. P..., né le 16 mars 1889, est entré à l'asile le 3 janvier 1920. Deuxième internement.

A. H. : Prédisposition bilatérale.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier séjour de deux mois en 1919 pour un accès de dépression. Comportement normal jusque-là.

Etat à l'entrée et évolution : Accès d'excitation maniaque avec agitation extrême, réactions violentes, irritabilité, logorrhée, chants, insomnie. Au cours de son séjour prolongé (est resté à l'asile neuf ans), plusieurs crises semblables sont été notées, se succédant avec d'au-

tres crises caractérisées par des symptômes de dépression physique et psychique, préoccupations hypochondriaques, mutisme : sorti amélioré en 1929.

OBSERVATION XXIII

Placement n° 3.077. Mme M..., 23 ans, est entrée à l'asile le 8 août 1922; deuxième internement.

A. H. : Mère aliénée.

A. C. : 0.

A. P. et H. M. : Premier séjour de 2 ans et sept mois de 1913-1916, pour un accès de dépression.

Etat à l'entrée et évolution : Etat d'excitation psychomotrice malade très agitée, gesticulant, déchirant ses vêtements; fuite et incohérence des idées, cris, chants. De tels états alternent avec des périodes de dépressions au cours desquelles la malade est immobile, parle peu. Ces états intermittents sont séparés par des intervalles lucides avec retour à l'état normal.

OBSERVATION XXIV

Placement n° 3.258. Mlle B..., âgée de 36 ans, est entrée à l'asile le 20 septembre 1918.

A. H. : 0.

A. C. : une sœur internée au même établissement est atteinte de démence précoce.

A. P. et H. M. : Premier placement en 1918 pour excitation maniaque prononcée.

Etat à l'entrée et évolution : agitation, cris, chants, attitudes théâtrales, fuite des idées, propos grossiers, insomnie. Très courtes intermittences entre les accès d'excitation maniaque.

Conclusions

De notre enquête sur les conditions étiologiques de la psychose périodique, résultent, avec les réserves nécessaires, les faits suivants :

1° Psychoses périodiques survenant sans causes apparentes, chez des sujets n'ayant aucun des traits de la constitution cyclothymique, ou de la constitution émotive (déséquilibre psychique) (observations 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, c'est-à-dire 58 %). Dans ces cas, on peut admettre qu'il y a une prédisposition latente, vague, en ce sens que, jusqu'au moment où la maladie se déclare, rien n'aurait pu permettre de découvrir cette prédisposition.

2° Psychoses périodiques survenant chez des sujets non cyclothymiques et sans autre prédisposition apparente mais ayant été précédés de causes asthénisantes prononcées (observations 6, 7, 8, c'est-à-dire 12,5 %). Ces psychoses périodiques correspondraient à ce que Tastevin a désigné sous le nom d'asthénomanies secondaires.

3° Psychoses périodiques survenant chez des sujets « déséquilibrés » ou de constitution émotive nette,

ayant des antécédents héréditaires ou collatéraux, présentant des tares organiques (signes d'hérédo-syphilis, en particulier) (observations 1, 3, 15, 19, 22, 23, 24), c'est-à-dire 29,5 %). Dans certains cas, chez ces sujets, chocs émotifs plus ou moins prononcés ou surmenage, etc... précédant le début de la maladie, si bien qu'on peut se demander s'il y a là des causes déterminantes ou plus probablement, des causes occasionnelles.

Mais, et c'est notre conclusion principale, dans aucun des cas que nous avons pu observer et étudier à l'asile de Lafond, nous n'avons trouvé, à l'origine, des faits nous permettant de les rattacher à la constitution dite cyclothymique, en tant qu'elle se différencierait, par les caractères que nous avons essayé de préciser, du « déséquilibre psychique » ou de la constitution hyper-émotive.

Vu et approuvé :

LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu et approuvé :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
CHARLÉTY.

Bibliographie

- ANTHEAUME. — Les psychoses périodiques. Congrès à Genève, 1907.
- ANGLADE Roger. — Les psychoses périodiques tardives. Rapport au Congrès d'aliénistes de Bordeaux, 1931.
- ARNAUD. — Les psychoses périodiques; in *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet.
- BALLET Gilbert. — La mélancolie intermittente. *Presse Médicale*, 1902, page 462.
- CHASLIN. — *Eléments de séméiologie et clinique mentale*, Paris, 1912.
- CLAUDE H. — *Maladies du système nerveux*, vol. II.
- CLAUDE H. — Importance des conditions d'examen pour l'étude des réflexes du système neuro-végétatif. *Encéphale*, 1926, p. 536.
- DELMAS Achille, BOLE Marcel. — *Analyse de la Personnalité Humaine*.
- DESCHAMPS et VINCHON. — *Les malades de l'énergie*. Paris, 1927.
- DIDE et GUÉRAUD. — *Psychiatrie du Médecin Praticien*.
- DENY. — De la Folie maniaque-dépressive. *Archives de Neurologie*, XXII, page 1, 1906.
- DENY et CAMUS. — *Les Folies intermittentes; la Psychose maniaque-dépressive*, 1 vol. J.-B. Baillière édit., Paris, 1907.

- DENY. — La Cyclothymie. *Semaine Médicale*, 8 avril 1908.
- DROUET et HAMEL. — L'hérédo-syphilis mentale, pages 141-151, 1930.
- FLEURY (Maurice de). — Les états dépressifs de la neurasthénie, Paris, 1927.
- GELMA. — Psychose périodique et Délinquance à répétition. Strasbourg, 1928.
- KAHLBAUM E. — Uber cyklisches Irresein. *Preslauer Artzte-Zeitsch.*, p. 217, 14 oct. 1882.
- KRAEPELIN E. — Traité, 6^e édition.
- KAHN P. — La Cyclothymie. Thèse Paris, 1909.
- LAIGNEL-L VASTINE, BARBE André et DELMAS. — *La Pratique Psychiatrique*. Paris, Baillière.
- LÉVY-VALENSI. — Précis de Psychiatrie, page 211, 1926.
- LERAT Georges. — Contribution à l'Etude statistique de la Psychose périodique. Thèse Paris, 1909.
- MAGNAN. — Les Intermittents. *Progrès Médical*, 1888.
- La Folie intermittente. (Communication au Congrès de Berlin, 1890.)
- RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*.
- ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*, 6^e édition.
- SANTENOISE. — Essai de Diagnostic biologique des états d'excitation et de dépression. *Journal Médical Français*, 1924.
- TASTEVIN Joseph. — L'Asthéno-manie post-épileptique. Thèse Paris, 1911.
- TASTEVIN J. et COUCHOUD P.-L. — *Revue des Sciences Psychologiques*, 1913.
- WILLMANS. — Die Leichten Fälle des manisch depressiver Irresein (cyklothymie). *Sämtliche Klin. vorträge von Volkmann*, 1906.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Historique	15
Essai critique	23
Observations	37
Conclusions	53
Bibliographie	55



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 **IMPRIMEURS - ÉDITEURS** 00 00

00 **42, QUAI GAILLETON, 42** 00

00 00 00 00 **LYON** 00 00 00 00



